

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pec@mupras.com
 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-772144

ASS217

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2523

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NABIL RACHIDA

Date de naissance :

07.07.54

Adresse :

Télé. :

Total des frais engagés:

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du Médecin : DR ZIDI Mohamed
 CLINIQUE NOUR D'OPTIQUE
 28 Angle Rue des Facultés Oasis Casablanca
 Tél. : 05 22 23 49 89 LG / Fax : 05 22 23 19 p.
 ACCIDENT
 Date de consultation : 23/02/18/23
 Nom et prénom du malade : NABIL RACHIDA

Age:

Enfant

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

HIV

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
23/09/2023	Echographie		500 D.H.	DR : 091147154 JEFIL - CLINIQUE D'OPHTALMOLOGIE Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

clinique nour d'ophtalmologie

Patient : NABIL Rachida

Adresse :

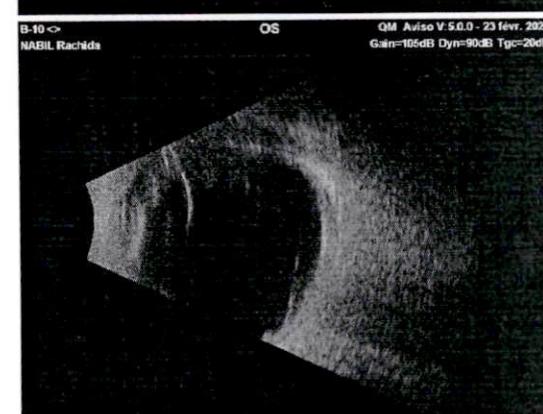
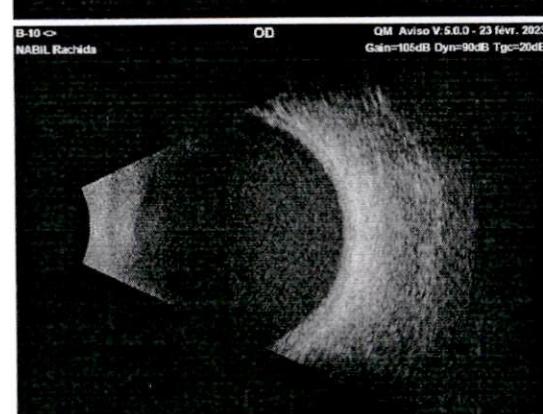
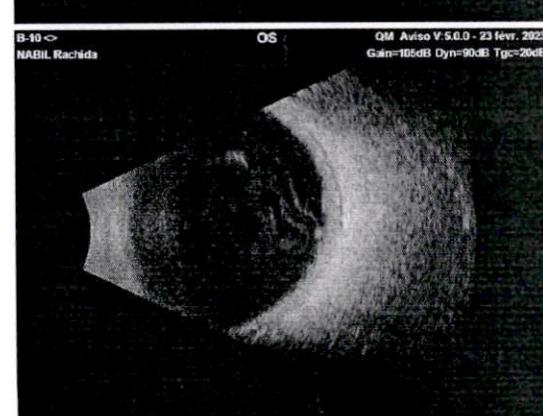
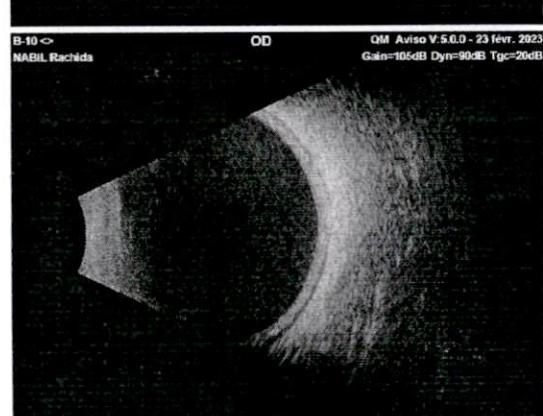
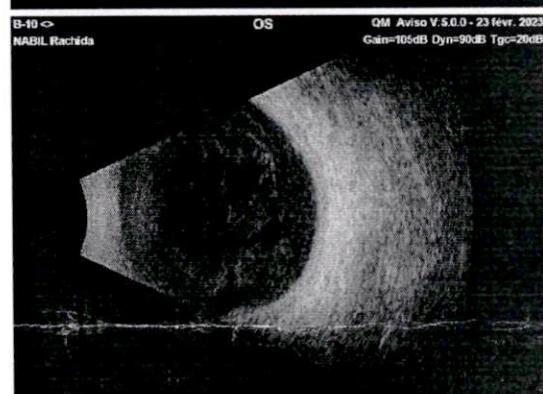
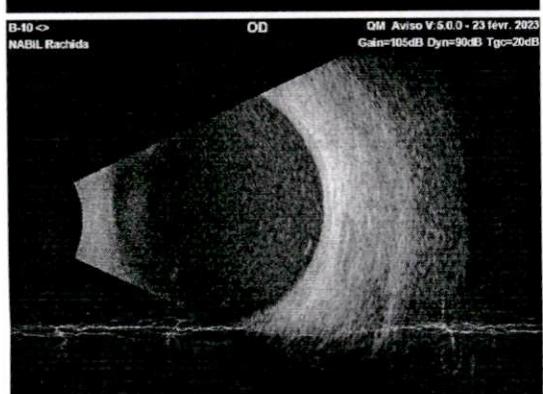
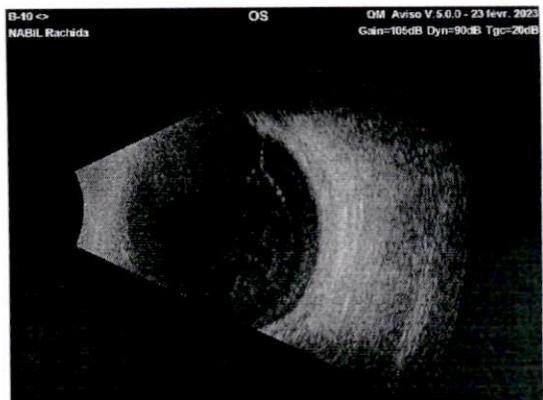
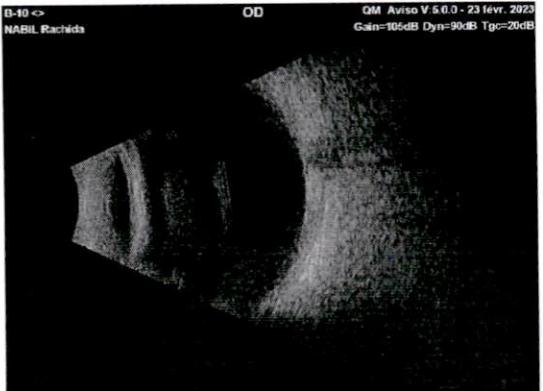
Tel :

Sexe : Masculin

Numéro de dossier :

Date de naissance : 07 janv. 1954

Indication :





CLINIQUE NOUR D'OPHTHALMOLOGIE CASABLANCA
مصحة النور للعيون الدار البيضاء
• CNOC •



F A C T U R E

N° 1901 / 2023 du 23/02/2023

Nom patient	NABIL RACHIDA	Entrée	Sortie
Prise en charge	PAYANT	23/02/2023	23/02/2023

DR. ZIDI MOHAMED (OPH)

ECHOGRAPHIE

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
FRAIS CLINIQUE ECHOGRAPHIE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. ZIDI MOHAMED (oph)	1,00	K	200,00	200,00
			Sous-Total	200,00
Total prestations externes				200,00

Total général 500,00

*Arrêtée la présente facture à la somme de :
CINQ CENTS DIRHAMS*

Encaissements	Espèces			Total encaissé	Solde
	500,00			500,00	0,00

CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
des Facultés des Praticiens et des Etudiants
28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facultés, Oasis - Casablanca
Tél.: 05 22 23 49 89 LG/Fax: 05 22 23 49 89 87
des Facultés des Praticiens et des Etudiants
Tél.: 05 22 23 49 89 LG/Fax: 05 22 23 49 87
L'UNIQUE & L'AUTHENTIQUE
الوحيدة والأصلية



INPE 090060914



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA
مصحة النور للعيون الدار البيضاء
• **CNOc** •



23/02/2023

Ordonnance

Mme NABIL Rachida nécessite :

-Echographie

DR. ZIDI Mohammed
DERMATOLOGIE
CLINIQUE NOUR COULEUR
28, Angle Rue des Palmiers et Route
des Facultés, Casablanca
Tél: 05 22 23 49 89 LG / Fax: 05 22 23 49 87

ASSOCIÉE
CLINIQUE NOUR COULEUR
26, Avenue Pasteur, Casablanca
Tél: 05 22 23 49 89 LG / Fax: 05 22 23 49 81



INPE 090060914

28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facultés, Oasis - Casablanca • Tél.: 05 22 23 49 89 LG • Fax : 05 22 23 49 87 • E-mail : cliniquenour01@gmail.com

INPE : 090060914 • Patente : 34751148 • I.F. : 40143077 • CNSS : 8282733 • I.C.E : 002782953000058 • AttijariWafaBank : Agence Av. 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 67

28 - اعادة تقييم الجامعات، الهازيز، - الدار البيضاء - الهاتف: LG 22 23 49 89 05 - البريد الالكتروني: clinquenour01@gmail.com

٢٥- رواية قصة الحسين وصريق العذاب - المؤلف: العلامة المختار بن عاصم - الناشر: مكتبة ابن حزم - العنوان: الميدان - العنوان الإلكتروني: chinouneuro1@gmail.com



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA

مصحة النور للعيون الدار البيضاء

• CNOC •



23/02/2023

PATIENT : Mme NABIL Rachida

COMPTE RENDU
Échographie oculaire

Oeil droit:

- ICP en place
- Vitré: échos intra vitréens mobiles HIV
- Rétine: à plat

Oeil gauche:

- Cristallin en place
- Vitré: échos intra vitréens mobiles
- Rétine: voile rétinien localisé

DR. ZIDI Mohamed
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle Rue des Palmiers et Route
des Facultés Oasis - El Casablanca
Tél : 05 22 23 49 89 LG / Fax : 05 22 23 49 87



INPE 090060914

28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facultés, Oasis - Casablanca • Tél.: 05 22 23 49 89 LG • Fax : 05 22 23 49 87 • E-mail : cliniquenour01@gmail.com

INPE : 090060914 • Patente : 34751148 • I.F. : 40143077 • CNSS : 8282733 • I.C.E : 002782953000058 • AttijariWafaBank : Agence Av. 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 67

زنقة النخيل وطريق الجامعات، الوازيس - الدار البيضاء • الهاتف: 05 22 23 49 87 • الفاكس: 05 22 23 49 89 LG • البريد الإلكتروني: cliniquenour01@gmail.com

رقم مص: 090060914 • الباتننا: 34751148 • تج: 40143077 • صوضاج: 8282733 • م.ش: 002782953000058 • التجاري وافا بنك: وكالة مجمع 2 مارس • التعريف البنكي: 007 780 0001227000000605 67